



conseil-national.medecin.fr

Médecins

LE BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS • N° 97 - mai-juin 2025

CAHIER **Mon
exercice**
• RAPPORT MÉDECINE
PÉNITENTIAIRE
• MÉDECIN EN AVION
• RÉSULTATS
ÉLECTIONS
P. 25

LE POINT SUR

**Démographie
médicale :**
ça remonte
en 2025 !

P. 10

RÉFLEXIONS

**Le sommeil,
un enjeu de santé
publique**

P. 14

Cancers précoces :
**Les signaux d'alerte
se multiplient**

P. 18





VACCIN CONTRE LE CHIKUNGUNYA

Afin d'accompagner la campagne de vaccination mise en place à La Réunion pour faire face à l'épidémie de chikungunya, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a élaboré des fiches d'information sur les effets indésirables susceptibles de se manifester après une vaccination avec le vaccin Ixchiq. Deux sont disponibles : l'une à destination des professionnels de santé, l'autre à destination des vaccinés.

[Téléchargez les fiches](#)

Anxiété et insomnie : le bon usage des médicaments

L'ANSM a lancé une campagne afin de sensibiliser au bon usage des médicaments indiqués dans le traitement de l'anxiété et de l'insomnie sévères (benzodiazépines et apparentés). En France, ces médicaments restent très prescrits et sur des durées trop longues. Dans la prise en charge de l'anxiété et de l'insomnie, ils constituent une aide temporaire pour atténuer les symptômes et non un traitement de la cause. Ils doivent donc être prescrits sur la durée la plus courte possible.

[Plus d'information sur la campagne de sensibilisation](#)

COMMUNIQUÉ SUR LES COMPÉTENCES DES MÉDECINS BIOLOGISTES

Interrogé à de nombreuses reprises sur la capacité des médecins biologistes à consulter et à prescrire, le Conseil national de l'Ordre des médecins prend aujourd'hui la position suivante : compte tenu de leur formation initiale et de leur spécialité médicale, les médecins biologistes peuvent participer à la prise en charge du patient, consulter et prescrire dans la limite de leurs compétences. Cette position claire a été formulée en s'appuyant sur les travaux des commissions Biologie, de la section Exercice professionnel et de la section Formation et compétences médicales. Il est nécessaire de faire évoluer la perception du rôle des médecins biologistes dans l'activité de soins et de diagnostic, afin de garantir une prise en charge optimale des patients.

[Lire l'intégralité du communiqué de presse](#)



Notre série #6OBPM



Quelle différence entre information et publicité ? Le Dr Jean-Philippe Platel, conseiller national et membre de la section Éthique et déontologie du Cnom, vous donne les principaux points à connaître.

<https://www.youtube.com/shorts/-EckYrm2Vzl>

Quel est le fonctionnement de l'entraide ordinaire ? Qui peut y faire appel ? Pour quels types de difficultés ? Les réponses du Dr Valérie Lacroix, présidente de la commission nationale d'entraide du Cnom.

<https://www.youtube.com/shorts/xgfvYOAIEis>



RESTONS CONNECTÉS !



sur le web : conseil-national.medecin.fr

sur X : [@ordre_medecins](https://twitter.com/ordre_medecins)

Nous écrire : Conseil national de l'Ordre des médecins
4, rue Léon-Jost/75855 cedex 17

Retrouvez le bulletin, le webzine et la newsletter de l'Ordre sur :

conseil-national.medecin.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'Ordre des médecins sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Conformément au RGPD, les personnes concernées disposent de droits concernant leurs données, qu'elles peuvent exercer par courrier ou courriel.



Dr François Arnault

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins



Chères Consœurs, Chers Confrères,

Le traditionnel congrès international de cancérologie de Chicago (ASCO) réunit ces jours-ci les médecins oncologues et biologistes de tous les continents.

Les médecins français seront présents avec leurs publications, comme tous leurs collègues. Ces médecins sont les acteurs du progrès constant que depuis des décennies nous constatons au bénéfice des malades et de l'humanité. L'Ordre des médecins souhaite leur rendre un hommage tout particulier. Membres de la communauté médicale, ils participent comme tous les médecins à la prise en charge des Français.

Nous devons souligner la qualité de la médecine française et, au-delà, de la formation universitaire qui année après année assure l'enseignement d'une médecine de qualité. Ce sont ces jeunes médecins ainsi formés, après de longues études, qui vont dans nos villes et nos territoires. Ce sont eux qui connaissent la complexité des pathologies et qui ne peuvent être remplacés par d'autres compétences. Ce sont les coopérations avec les autres professions de santé qui apporteront la solution au manque de médecins. Coopérations avec les infirmiers, les kinés, les pharmaciens et toutes les autres professions de santé. Leurs compétences respectives sont grandes et le partenariat en indispensable coordination avec les médecins est un puissant levier qui peut certainement apporter une réponse à l'insuffisance de l'offre de soins, et cela dans un réel et véritable respect mutuel.

Les médecins se doivent d'être à l'écoute d'une société qui évolue profondément, une société qui attend de ses médecins un accompagnement déontologique sans faille. Nous avons vu ces derniers mois le mal et le discrédit que des comportements individuels criminels pouvaient générer en brisant la confiance que les patients doivent avoir en leurs médecins. Agissons tous pour que plus jamais ces crimes ne se reproduisent. L'Ordre agira sans faille avec comme objectif la tolérance zéro.

Dans quelques jours, mon mandat prendra fin et la limite d'âge s'imposera à moi. Je remercie très sincèrement toutes celles et tous ceux qui m'ont soutenu dans cette mission exaltante, passionnante, mais difficile. Je suis certain que l'Ordre, votre Ordre, a un rôle majeur à jouer aux côtés des représentations syndicales et autres pour que les médecins soient respectés, protégés et qu'ils puissent agir dans l'intérêt unique des malades qui leur sont confiés.

Merci à tous.

BILAN 2024

Présentation des comptes 2024

L'année 2024 a été marquée par une augmentation des recettes, mais également une hausse importante des charges, conduisant à une diminution du résultat par rapport à 2023.



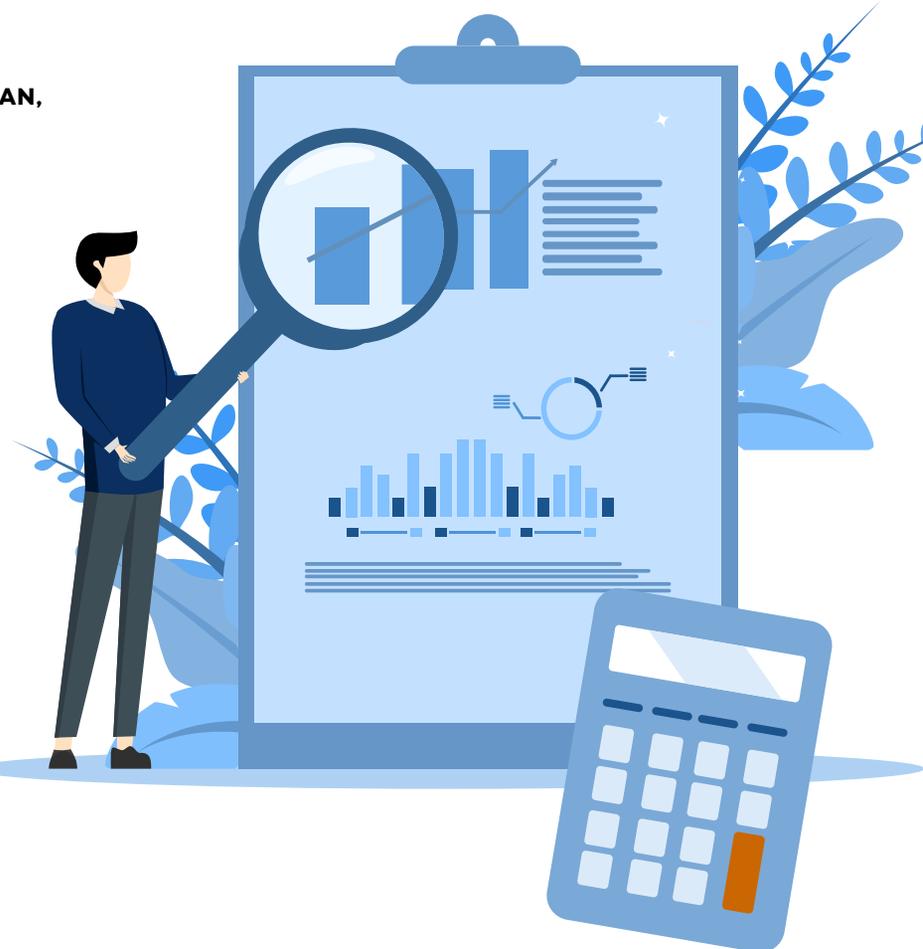
DR PIERRE JOUAN,
trésorier du Cnom

Le résultat de 2024, -612 271 €, marque une baisse significative par rapport à l'exercice 2023, où un bénéfice de 3 439 443 € avait été enregistré. Cela représente donc une diminution de 4 051 714 € par rapport à l'année précédente. Ce résultat peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Pour rappel, concernant les dépenses, les dotations sont attribuées aux conseils régionaux et aux conseils départementaux sur la base des budgets transmis et après retraitements éventuels.

Les charges

Les charges ont augmenté de 10,13 % par rapport à 2023. Cela s'explique notamment par une progression des charges externes (+2 987 K€), des charges de personnels (+1 879 K€), des dotations attribuées aux conseils régionaux et aux conseils départementaux (+3 334 K€) et des amortissements/provisions (+633 K€).

Les charges de fonctionnement s'élèvent à 39 495 651 € (hors amortissements, provisions et dotations), dont 47 % de charges de personnels et 37 % de charges externes.



Les recettes

Les recettes en hausse de 4 913 K€ s'expliquent par une augmentation du montant de la cotisation et du nombre d'inscrits. En effet, le montant de la cotisation a augmenté de 13 €, passant de 340 € à 353 € (+4 900 K€). Comme en 2023, le Cnom recouvre l'intégralité des cotisations soit par reversement mensuel des conseils départementaux,

soit directement par paiement en carte bancaire via le site. Des bénéfices sur les placements financiers ont également été relevés (+575 K€). Comme pour les années précédentes, le résultat, en perte sur 2024 de 612 271 €, est affecté au compte de réserves. L'audit des comptes du Cnom a été mené par Grant Thornton et certifié le 26 mars 2025.

BILAN 2024

ACTIF	31/12/2024
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	0 €
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	53 055 112 €
IMMOBILISATIONS FINANCIÈRES	10 298 551 €
CRÉANCES	7 048 376 €
DISPONIBILITÉS	31 966 117 €
FRAIS PAYÉS D'AVANCE	1 303 041 €
TOTAL GÉNÉRAL	103 671 197 €

PASSIF	31/12/2024
CAPITAL	70 087 647 €
RÉSULTAT DE L'EXERCICE	-612 271 €
PROVISION POUR RISQUES ET CHARGES	71 549 €
DETTES	34 124 272 €
TOTAL GÉNÉRAL	103 671 197 €

COMPTE DE RESULTAT 2024

	31/12/2024
PRODUITS D'EXPLOITATION	97 829 364 €
AUTRES PRODUITS D'EXPLOITATION	595 657 €
TOTAL PRODUITS D'EXPLOITATION	98 425 021 €
ACHATS ET CHARGES EXTERNES	15 510 922 €
AIDES FINANCIÈRES	55 353 200 €
IMPÔTS ET TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS	2 303 377 €
SALAIRES TRAITEMENTS ET CHARGES SOCIALES	18 475 336 €
INDEMNISATIONS DES ÉLUS	2 619 085 €
DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS ET DEPRECIATIONS	3 192 784 €
DOTATIONS PROVISIONS RISQUES ET CHARGES	71 549 €
AUTRES CHARGES DE GESTION	1 962 413 €
TOTAL CHARGES D'EXPLOITATION	99 488 666 €
RESULTAT D'EXPLOITATION	-1 063 645 €
PRODUITS FINANCIERS	1 042 126 €
CHARGES FINANCIÈRES	394 335 €
RESULTAT FINANCIER	647 791 €
PRODUITS EXCEPTIONNELS	22 885 €
CHARGES EXCEPTIONNELLES	34 858 €
RESULTAT EXCEPTIONNEL	-11 973 €
IMPÔTS SUR LES BÉNÉFICES	184 444 €
TOTAL DES PRODUITS	99 490 032 €
TOTAL DES CHARGES	100 102 303 €
RÉSULTAT DE L'EXERCICE	-612 271 €

ENQUÊTE

Bilan de la permanence des soins ambulatoires 2024

Le Cnom publie le bilan de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) pour l'année 2024. Ce rapport met en évidence les progrès réalisés et souligne les défis à relever pour améliorer encore le dispositif.



DR JEAN-LUC FONTENOY,
président de la commission
nationale de la PDSA

La couverture du territoire

Un chiffre stable émerge tout d'abord du bilan : 97 % du territoire était couvert par un médecin de garde en 2024, notamment les week-ends et jours fériés. Ce résultat, identique à celui de l'année d'avant, est rendu possible grâce à l'implication des médecins partout en France. La part des secteurs couverts par plus de 10 médecins volontaires (71 % en 2024, contre 68 % en 2023) a également progressé.

Autre fait notable : l'augmentation de la participation des médecins libéraux installés à la régulation médicale des appels de PDSA. L'implication dans le dispositif des médecins salariés, remplaçants et retraités s'est réduite.

La confirmation de certaines tendances

Les tendances observées les années précédentes se sont poursuivies en 2024 :
• L'essor des sites dédiés continue, avec une augmentation cette

année de 15 sites, pour un total de 556 centres.

- L'âge moyen des médecins effecteurs – 45 ans – est en baisse par rapport aux années précédentes, signe d'une participation accrue des jeunes praticiens.
- De nouvelles pratiques se développent dans certains départements, telles que la visiorégulation (+8 départements) et la régulation déportée (+4 départements).
- Le nombre de départements ayant mis en place des dispositifs spécifiques pour la prise en charge des patients en Ehpad augmente : de 6 en 2023, ils sont passés à 14 en 2024.

Les difficultés relevées

Les conseils départementaux de l'Ordre continuent de se heurter à des difficultés liées à la démographie médicale, à des problèmes organisationnels impliquant des distances de plus en plus longues à parcourir pour les médecins, ainsi qu'à des problèmes d'insécurité qui affectent leur implication dans le dispositif de PDSA. Enfin, l'année 2024 a été marquée par de nouvelles préoccupations, en lien avec l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale 2024-2029, et notamment en fin d'année avec l'application de certaines dispositions ayant une incidence sur la cotation des consultations en maisons médicales de garde.

+ D'INFOS

L'enquête au complet



PARTENARIAT

Une charte entre le Cnom et la Garde nationale



L'Ordre des médecins et le secrétariat général de la Garde nationale ont signé une charte d'engagements en faveur de la réserve opérationnelle. Cette charte traduit la claire intention et la volonté partagée de faciliter l'engagement des réservistes opérationnels issus du milieu médical. Pour rappel, la réserve opérationnelle rassemble des citoyens français issus de la société civile (avec ou sans expérience militaire ou policière) qui consacrent une partie de leur temps à la défense de la Nation. Ils reçoivent une formation et un entraînement spécifiques afin d'apporter un renfort temporaire aux forces armées, formations rattachées et aux forces de sécurité intérieure.

© DR

+ D'INFOS

La charte au complet

Le D' François Arnault, président du Cnom, et le général de division François-Xavier Poisbeau, secrétaire général de la garde nationale.

PUBLICATION

Notre rapport d'activité 2024 est sorti !

La Cnom vient de publier son rapport d'activité pour l'année 2024. Vous pourrez y retrouver toutes les actions menées par l'institution l'année passée au travers de ses quatre sections : Éthique et déontologie, Exercice professionnel, Santé publique et Formation et compétences médicales. Le travail des commissions et des services est également publié, ainsi que le bilan financier de l'année 2023.

+ D'INFOS

Le rapport au complet



L'Ordem dos medicos du Portugal



CARLOS CORTES,
président de l'Ordre
des médecins du Portugal

« Une vision commune de la médecine en Europe »

«C'est avec un grand plaisir et un profond sentiment d'amitié que je m'adresse à vous, consœurs et confrères de France, à l'occasion de cette publication. Nos deux Ordres, français et portugais, entretiennent des liens étroits, fondés sur le respect mutuel et le partage de valeurs communes de la médecine. Cette proximité s'est renforcée au fil des échanges réguliers et des initiatives conjointes, comme en témoignent nos récentes rencontres officielles en France et au Portugal, autant d'occasions privilégiées de dialogue et d'enrichissement réciproque. Ces échanges bilatéraux, tout comme notre coopération au sein des organisations médicales européennes, sont d'une richesse exceptionnelle. En confrontant nos idées, en partageant nos expériences et nos bonnes pratiques, nous contribuons à faire émerger une vision commune de la médecine en Europe, fondée sur la qualité des soins, la solidarité professionnelle et l'attachement indéfectible à la déontologie. Ensemble, nous œuvrons à une Europe de la santé plus humaine, plus juste et plus performante.»

Défis du système de santé portugais

Le Portugal traverse une crise profonde de son système de santé public, marquée par une pénurie croissante de médecins, en particulier de généralistes (médecins de famille) : plus de 1,6 million de citoyens (15 % de la population) n'ont pas de médecin traitant. Cette absence de soins primaires contribue à l'engorgement des urgences (près de 7 millions de passages enregistrés chaque année pour 10 millions d'habitants), et des listes d'attente chirurgicale qui dépassent 250 000 personnes.

Deux phénomènes aggravent la situation :

- **La désertification médicale de certaines régions**, notamment l'intérieur du pays et le sud, malgré les incitations à s'y installer.

- **L'émigration médicale**, avec plus de 2700 demandes de certificats d'expatriation déposées entre 2022 et 2024, majoritairement par de jeunes médecins hautement qualifiés. Cette fuite des cerveaux est nourrie par des conditions de travail difficiles, une rémunération peu attractive dans le secteur public et un manque de perspectives de carrière.

Le **Serviço Nacional de Saúde (SNS)**, pourtant reconnu pour ses réussites passées, montre aujourd'hui ses limites face à une population vieillissante, à l'explosion des maladies chroniques et aux mutations technologiques. Le système reste excessivement centré sur l'hôpital et les urgences, faute

d'une organisation solide des soins de proximité.

Il est donc urgent d'engager **une réforme systémique** au lieu de simples ajustements. Une refonte de la gouvernance hospitalière, une meilleure gestion des ressources humaines et une revalorisation de la médecine de famille apparaissent essentielles. Le dialogue avec les professionnels de santé doit être renforcé pour adapter les solutions aux réalités locales, dans une logique de subsidiarité, de transparence et d'efficacité.

Face à ces enjeux, l'Ordre des médecins du Portugal définit plusieurs axes d'action prioritaires :

• DÉFENSE DE L'ACTE MÉDICAL

L'Ordre veille à préserver la spécificité de l'acte médical contre toute banalisation ou délégation inappropriée à des non-médecins. Il s'agit de garantir la qualité des soins en maintenant l'indépendance du médecin et son rôle central dans le diagnostic, la décision thérapeutique et le suivi du patient.

• ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE

L'Ordre veille à ce que la pratique médicale reste guidée par des principes éthiques fondamentaux : respect de la vie, dignité, secret professionnel et indépendance. Face aux nouveaux enjeux – intelligence artificielle, télémédecine, génétique ou débats de société comme celui sur la fin de vie –, l'Ordre actualise son code de déontologie, forme



les praticiens et fait entendre la voix de l'éthique, en lien avec ses homologues européens. À ce titre, le CEOM, a récemment adopté de nouvelles recommandations déontologiques sur l'intelligence artificielle et la télémédecine.

• FORMATION ET RECHERCHE

L'Ordre veille à faire de la formation un pilier stratégique en accréditant les programmes, les structures, en évaluant les internes et en garantissant un accès équitable à une carrière médicale. Il promeut également la formation continue et la valorisation du temps consacré à la recherche, essentielles au professionnalisme médical et à un système de santé performant.

• VALORISATION DE LA PROFESSION MÉDICALE

La reconnaissance du rôle central des médecins est au cœur des revendications de l'Ordre : amélioration des salaires, des conditions de travail, lutte contre le burn-out, et la violence envers les soignants. L'Ordre défend une vision du médecin respecté, protégé et écouté, tout en s'attachant à maintenir

la confiance du public à travers une communication active sur ses valeurs et son engagement.

• ENCADREMENT DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

L'Ordre promeut une IA médicale utile et éthique, encadrée par des médecins et soumise à une régulation rigoureuse. Il plaide pour la création d'une Agence nationale pour l'IA en santé afin de garantir la qualité, la transparence et la sécurité des outils numériques, tout en respectant la primauté du jugement clinique humain.

• RESPECT DU PÉRIMÈTRE DES COMPÉTENCES MÉDICALES

L'Ordre des médecins veille au respect strict du champ de compétences médicales, condition essentielle à la sécurité des soins. Il soutient les délégations de tâches justifiées et encadrées, sans dilution de la responsabilité médicale. Le cœur de l'acte médical doit demeurer entre les mains des médecins, formés pour assumer cette responsabilité. L'Ordre défend une complémentarité des professions de santé, sans confusion des rôles.

Quelques chiffres

- 64 788 médecins enregistrés
- 40 278 spécialistes
- 24 510 médecins généralistes

- 27 048 hommes
- 37 740 femmes

La répartition entre les secteurs public et privé est équilibrée, avec une distribution proche de 50/50.

- Médecins titulaires d'un diplôme portugais : **59 749**

- Médecins diplômés dans un pays de l'UE (hors Portugal) : **2 456**

- Médecins diplômés hors UE : **2 583** (soit environ 8 % formés hors du Portugal)

- **Nombre de lits d'hôpitaux : 337 lits pour 100 000 habitants/** 3,5 pour 1000 habitants en 2022 (inférieur à la moyenne UE).

ÉLECTIONS

Le Dr Cathala élu au Conseil de l'Association médicale mondiale (AMM)



Le Conseil de l'Association Médicale Mondiale (AMM), réuni à Montevideo à l'occasion de sa 229e session, a procédé au renouvellement de plusieurs fonctions clés. Le Dr Philippe Cathala, délégué général aux affaires européennes et internationales, a été élu Président du Comité des Finances et de la Planification (FPL). Il jouera un rôle central

dans les processus de planification stratégique de l'organisation, l'élaboration des orientations budgétaires de l'AMM, ainsi que la supervision des travaux financiers du Conseil. Il participera également aux comités stratégiques transversaux, dont le Comité exécutif.

+ D'INFOS Le site de l'AMM

ENQUÊTE

Démographie médicale : ça remonte en 2025 !

Texte : Eva Jednak

Le Cnom publie chaque année l'Atlas de la démographie médicale, une analyse détaillée de l'offre de soins en France. Fait marquant cette année : le nombre de médecins actifs est en hausse et cette tendance devrait s'accélérer dans les prochaines années.

Le point de vue de l'Ordre



D^R JEAN-MARCEL MOURGUES,
vice-président du Cnom

Le frémissement de la démographie médicale observé en 2024 se confirme cette année par une hausse de 1,7 % des effectifs de médecins en activité en un an. Pour quelques années encore, cette remontée ne sera pas encore perceptible en termes d'amélioration substantielle des « déserts médicaux » et des difficultés d'accès aux soins. Mais bientôt, les étudiants issus du numerus apertus viendront amplifier le mouvement. Très prochainement et au moins jusqu'en 2040, la population médicale devrait croître d'au moins 2 % de médecins supplémentaires par an.

Pour exercer la médecine, tout médecin doit être inscrit au Tableau de l'Ordre des médecins (hormis les médecins du service de santé des armées et les médecins praticiens à diplôme étranger n'ayant pas encore obtenu une autorisation de plein exercice). Pour autant, tous ne sont pas actifs : aujourd'hui, environ 15 % des médecins inscrits sont retraités et sans activité. Pour étudier l'offre de soins actuelle, il est important de tenir compte du nombre de médecins actifs qui désigne les médecins en activité régulière, les intermittents et les médecins retraités en cumul emploi-retraite.

Médecins actifs : une hausse significative

Au 1^{er} janvier 2025, l'Ordre recensait 241255 médecins actifs, soit une augmentation de 1,7 % par rapport à 2024, et de 11,9 % par rapport à 2010. Si l'on se concentre uniquement sur les médecins en activité régulière, la hausse est moins marquée : ils étaient 201239 au 1^{er} janvier 2025, soit une variation positive de 1,1 %



depuis 2024, et de 0,6 % par rapport à 2010. Cependant, les chiffres sont formels : la tendance est à la hausse, le nombre de médecins augmente. Les effets positifs du relâchement du numerus clausus, mis en place en 1971 avant d'être assoupli puis supprimé en 2020, commencent à se voir, si ce n'est encore sur le terrain, déjà sur les courbes. Et cette hausse devrait s'accélérer dans les prochaines années, au moins jusqu'en 2040 comme le démontrent les deux projections qui figurent en dernières pages de l'Atlas.

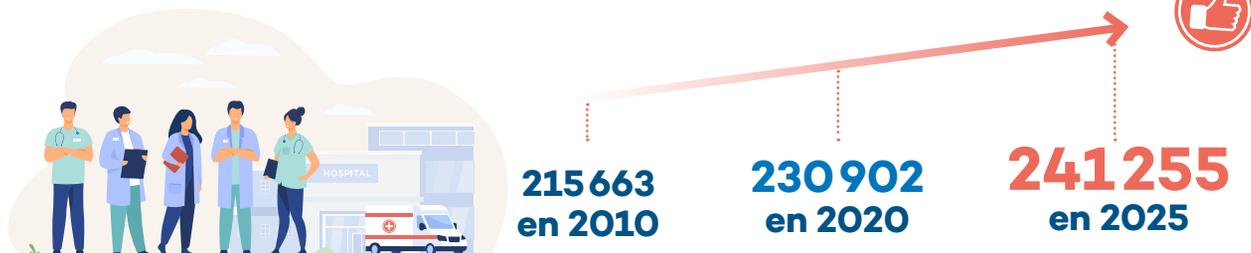
Le vieillissement démographique

Dans le même temps, les dernières études de l'Institut national d'études démographiques (INED) publiées en mars 2025 confirment un vieillissement certain de la population française, sans augmentation démographique significative. Si cela peut paraître contre-intuitif, au regard de la situation actuelle, il faut d'ores et déjà se poser cette question : combien faut-il vraiment former de médecins pour demain ? L'évolution démographique médicale croisée à celle de la population impose d'établir dès maintenant une méthodologie robuste de travail pour apprécier au mieux les besoins de santé de demain au plus près des territoires et, en correspondance, les besoins de formation des médecins.

+ D'INFOS L'Atlas 2025 de la démographie médicale - Les études de l'INED de mars 2025

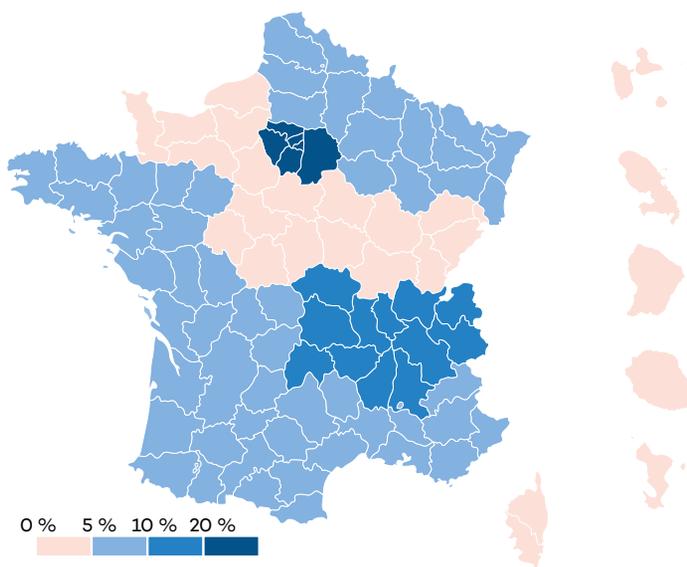
Sélection de chiffres de l'Atlas

Nombre de médecins actifs

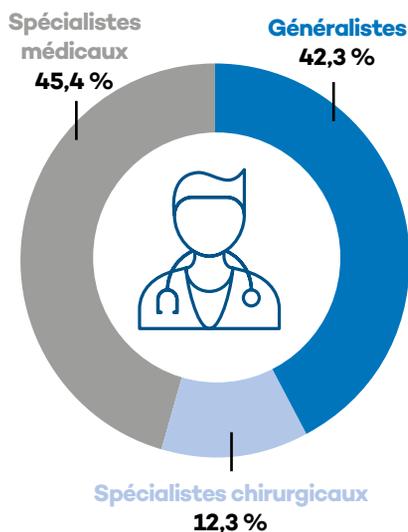


Répartition des médecins actifs par régions

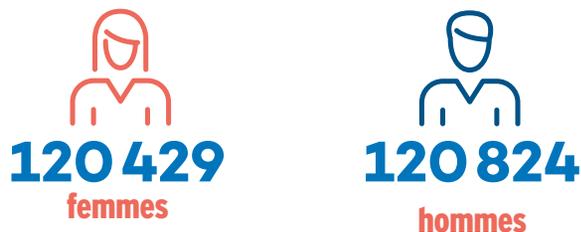
Île-de-France	– 20,0 %
Auvergne-Rhône-Alpes	– 12,1 %
Nouvelle-Aquitaine	– 9,2 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	– 9,1 %
Occitanie	– 9,1 %
Grand Est	– 7,7 %
Hauts-de-France	– 7,7 %
Bretagne	– 5,1 %
Pays de la Loire	– 5,0 %
Normandie	– 4,3 %
Bourgogne-Franche-Comté	– 3,6 %
Centre-Val de Loire	– 2,8 %
Corse	– 0,5 %
Départements d'outre-mer	– 3,0 %
Collectivités d'outre-mer	– 0,6 %



Répartition des médecins actifs selon les groupes de spécialités



Répartition des médecins actifs par sexe et par âge



50,1 ans : l'âge moyen



ont moins de 40 ans
(16,4 % en 2010)



ont plus de 60 ans
(18,4 % en 2010)



EQUIPAJE : UNE UNITÉ PSYCHIATRIQUE HORS LES MURS POUR LES 15-20 ANS

À Nantes, une équipe de psychiatrie pluridisciplinaire du CHU se déplace au domicile des adolescents et jeunes adultes en grande souffrance mentale. Créée en mars 2023, EquipaJe apporte une réponse rapide aux situations d'urgence.

Texte : Aude Borel | Photos : Sylvie Dupic

Depuis la rue, aucun écriteau n'est identifiable sur sa façade. C'est un immeuble banal situé au cœur du quartier nantais des Chantiers-Navals. Au troisième étage, la porte s'ouvre sur une reproduction d'un tableau de Kandinsky intitulé *Tension douce*. « Nous avons choisi ce tableau parce qu'il ressemble à un bateau qui tangue », explique le Dr Thibault Desrues, psychiatre hospitalier coordinateur d'EquipaJe, unité d'intervention de psychiatrie pluridisciplinaire à domicile pour les adolescents et jeunes adultes. « EquipaJe fait référence à un équipage et renvoie au collectif. En espagnol, il signifie bagage. Toute une symbolique pour pouvoir interroger les jeunes sur le sens du nom de notre unité », complète-t-il. Créé sous l'impulsion du Dr Rachel Bocher, cheffe de service au CHU de Nantes, ce dispositif est né d'un constat : celui de la nécessité de trouver des solutions alternatives à l'hospitalisation à temps plein pour parer à la surcharge des services psychiatriques et pédopsychiatriques.

Créer un lien de confiance

Les patients sont adressés par un psychiatre hospitalier ou libéral, ou par leur médecin traitant. Leurs profils sont variés mais les problématiques rencontrées touchent tous les milieux sociaux : dépressions, anxiétés, tentatives de suicide, refus scolaires, addictions, violences et abus sexuels. « L'adolescence est une période d'émergence de pathologies psychiatriques lourdes (schizophrénie, troubles bipolaires) que nous prenons en charge, sous réserve que l'autonomie et l'état psychique soient compatibles avec un maintien dans la vie ordinaire et qu'il n'y ait pas besoin de protection continue », détaille le Dr Desrues. « Parmi les symptômes récurrents, des jeunes reclus à domicile, repliés sur eux-mêmes, coupés du monde pour lesquels le lien à l'autre devient complexe », explique Aziz Baidchar, infirmier. Pour nouer le dialogue, EquipaJe va à la rencontre des jeunes sur leur lieu de vie, avec l'objectif de les

mettre peu à peu en mouvement pour les amener vers le soin. En consultation, les membres de l'unité n'arbovent jamais la blouse blanche. Parmi les outils déployés : balade, randonnée, exposition, jeu, atelier théâtre... « C'est une manière décalée, non frontale de créer un contact différencié avec le jeune, qu'il nous fasse confiance et dépose un peu son mal-être pour qu'on puisse l'aider », complète-t-il. Pour fixer des rendez-vous, les trois infirmiers échangent par SMS avec les patients. « L'idée c'est de faire quelque chose d'un peu moins formel qu'une consultation, en préservant ses habitudes, sa scolarité, son travail », ajoute le Dr Desrues.

Une hospitalisation à la carte

Au cœur de ce dispositif innovant, l'engagement du patient. « Il y a tout un travail sur le consentement au soin. On fait en sorte qu'il s'approprie un peu la décision. Nous l'aidons mais il est maître de ses soins », formule Loréna Guerch, psychologue. La première semaine, psychiatre, infirmier, psychologue et assistante sociale lui rendent visite tour à tour. « Nous allons ensemble fixer de petits objectifs pour initier quelque chose et que le jeune puisse constater les avancées », précise Aziz Baidchar. Avec son accord, la prise en charge se poursuivra pour deux semaines. « Ces trois semaines permettent de rester dans une temporalité de crise et d'avoir suffisamment de turn-over pour prendre d'autres patients », poursuit le Dr Desrues. En deux ans, EquipaJe a accompagné une centaine de jeunes en crise aiguë, dont 80 % de jeunes femmes. Et son planning ne désemplit pas.



+ D'INFOS <https://youtu.be/N2-qNGfFdUQ>



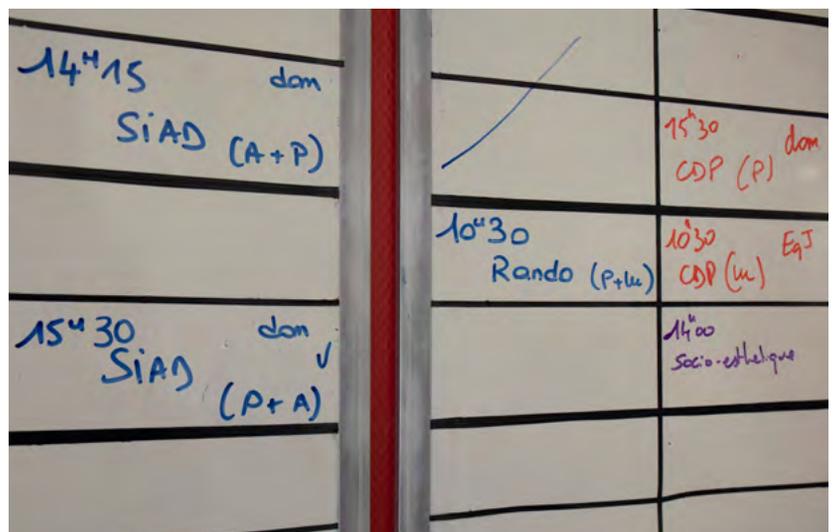
←
Le Dr Thibault Desrues, psychiatre, coordonne le dispositif EquipaJe qui propose une prise en charge alternative aux adolescents et jeunes adultes en souffrance.

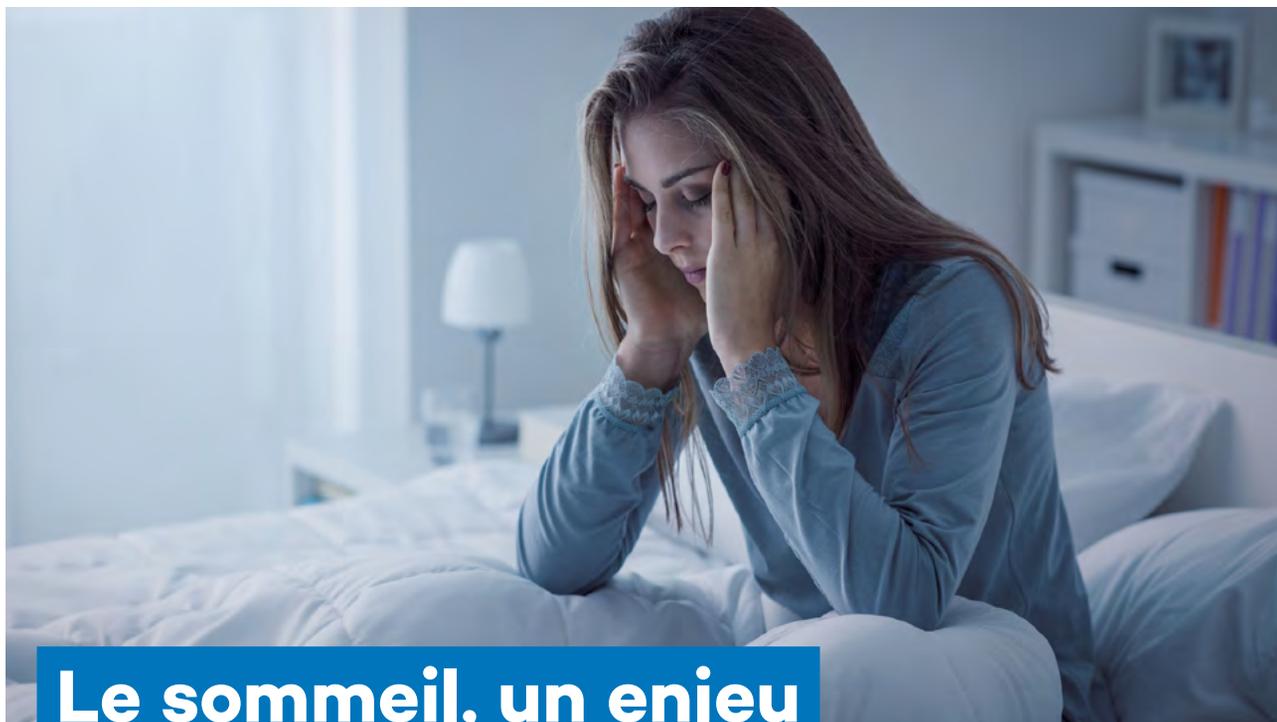
Depuis le lancement du dispositif, une centaine de jeunes ont été accompagnés par l'équipe, dont 80 % de jeunes femmes.
 ↓



↑
L'équipe est en lien avec les jeunes patients par téléphone et les rencontre ensuite sur leur lieu de vie.

Randonnée, balade, exposition...
 Les consultations avec les jeunes patients peuvent se faire dans un cadre informel, afin de favoriser la création d'un lien de confiance.
 →





Le sommeil, un enjeu de santé publique

Les Françaises et les Français dorment mal et pas assez. Associé à un risque accru d'obésité, de diabète de type 2, d'hypertension, de maladies cardiaques et d'accidents vasculaires, leur sommeil perturbé influence négativement leur santé.

Texte : Geoffrey Dirat | Photos : Getty Images

Avec...



D^R SOPHIE DESMEDT-VELASTEGUI,
médecin addictologue,
conseillère nationale
de l'Ordre des médecins



D^R SANDRINE LAUNOIS-ROLLINAT,
pneumologue
spécialiste du sommeil,
présidente du Réseau
Morphée dédié
à la prise en charge
des troubles du sommeil
en Île-de-France



P^R RENAUD TAMISIER,
praticien hospitalier,
président de la Société
française de recherche
et médecine
du sommeil (SFRMS),
professeur à
l'Université Grenoble
Alpes, codirecteur
du laboratoire
INSERM HP2

L'ESSENTIEL

- Selon Santé publique France, près de 36 % de la population française dort moins de six heures par nuit, 28 % d'entre eux sont en dette de sommeil et un adulte sur deux déclare avoir mal dormi au cours de la semaine précédente.
- Toujours selon Santé publique France, plus d'une personne sur cinq présente un trouble chronique du sommeil, les plus fréquents étant l'insomnie (15 à 20 % des adultes), le syndrome d'apnée du sommeil (4 à 6 %), celui des jambes sans repos (2 % à 8 % de la population) et les parasomnies (2 à 4 %).
- Des nuits de moins de six heures augmentent de 28 % le risque de diabète de type 2 et de maladie cardiovasculaire, de même qu'un sommeil quotidien de plus de 10 heures, selon les données de la Société française de recherche et médecine du sommeil.

D^r Sophie
Desmedt-
Velastegui

Dans le cadre de ma pratique en addictologie et concernant les maladies psychiatriques, une majorité des consultations en lien avec un trouble du sommeil concernent des insomnies chroniques, c'est-à-dire qui se manifestent au moins trois nuits par semaine depuis plus de trois mois. Ces insomnies peuvent être provoquées par la prise de toxiques licites (tabac, alcool) ou illicites (drogues). Les facteurs responsables de l'insomnie doivent alors être interrompus. Parfois, elles ont pour origine un désordre psychologique ou psychiatrique. Il y a également des patients qui ont une mauvaise hygiène de vie ou qui ne respectent pas leur horloge biologique. Pour d'autres, ce sont les écrans et leur surconsommation qui retardent leur endormissement ou perturbent leurs nuits. **On estime que 20 % de la population française souffre ainsi d'insomnie. Ce nombre est, semble-t-il, en hausse. En tout cas, il y a des centaines de milliers de personnes en France qui ne sont pas diagnostiquées.** C'est la même chose pour les syndromes d'apnée du sommeil et ceux des jambes sans repos qui sont sous-diagnostiqués et trop tardivement.

Quels sont les principaux troubles du sommeil que vous rencontrez en consultation et sont-ils en augmentation ?

D^r Sandrine
Launois-
Rollinat

Je pratique en libéral dans l'ouest parisien et on me consulte essentiellement pour des insomnies et des suspicions d'apnée du sommeil.

Je reçois aussi des personnes qui se plaignent de somnolence, de fatigue chronique, mais qui présentent en fait des troubles du rythme veille/sommeil lié au travail, parce qu'ils travaillent en horaires décalés, ou plus souvent aux habitudes de vie, parce qu'ils ne dorment pas assez ou ne respectent pas leur rythme circadien. Parfois, certains ont également des impatiences, ou syndrome des jambes sans repos. Je vois beaucoup de patients qui combinent ces différentes affections du sommeil et ont des troubles complexes. **Mais ce qui augmente significativement, ce sont les insomnies, en lien avec l'anxiété montante au sein de la population.** Après, c'est sans doute aussi parce que la prévention fonctionne. Le grand public est mieux informé que mal dormir a un impact sur la santé physique et mentale et qu'il faut s'en préoccuper, alors les gens vont plus consulter.

P^r Renaud
Tamisier

Quand on parle des troubles du sommeil, il faut distinguer les facteurs de risque de ce qui relève de la pathologie.

Les facteurs de risque, c'est la mauvaise hygiène du sommeil qui englobe les comportements inadaptés (non-respect de l'horloge biologique, du sport avant de se coucher, etc.) ou des conditions de sommeil difficiles (un lieu bruyant et lumineux, par exemple). Globalement, les Français n'ont pas une bonne hygiène du sommeil, la majorité déclarant d'ailleurs qu'ils dorment mal. Ces facteurs de risque peuvent entraîner des affections cardiométaboliques.

Les principales pathologies associées au sommeil sont l'insomnie, qui touche environ 10 % de la population, et l'apnée du sommeil, environ 5 à 10 %, avec un chevauchement entre les deux de 30 %.

On retrouve ensuite le syndrome des jambes sans repos, qui est en fait une pathologie neurologique pouvant gêner le sommeil et provoquer de l'insomnie, puis, dans une moindre mesure, les parasomnies. C'est difficile de dire si les troubles du sommeil sont en augmentation, car on ne dispose pas tant de données récentes et fiables.

D^r Sophie Desmedt-Velastegui

Les réseaux de soins consacrés aux troubles du sommeil restent méconnus du grand public, voire même des professionnels de la santé, et quand ils sont connus, ils ne sont pas accessibles. C'est une question de moyens humains et financiers. Combien y-a-t-il de centres du sommeil par rapport aux 20 % de Français qui souffrent d'insomnie ? Moins d'une cinquantaine. Il serait pertinent de développer cette activité au regard des besoins de la population **L'autre obstacle, c'est le trop grand nombre de prescriptions de somnifères. Ils peuvent aider à court terme, mais ils ne règlent pas le problème, la prise chronique de somnifères pouvant entraîner une dépendance médicamenteuse.** Une option reconnue et efficace, est la thérapie comportementale et cognitive de l'insomnie (TCCI). Dernier obstacle, les patients ne sont pas suffisamment informés sur les conséquences des troubles du sommeil et ils sont encore trop souvent banalisés.

De quelle nature sont les obstacles à la prise en charge des troubles du sommeil et comment y remédier ?

D^r Sandrine Launois-Rollinat

Le principal obstacle, c'est un parcours de soins difficile à identifier. Si vous avez des palpitations, c'est simple : on vous réfère à un cardiologue que vous allez trouver sur Doctolib. En revanche, si vous dormez mal, plusieurs professionnels de la santé peuvent vous prendre en charge. Comme la médecine du sommeil est une jeune sous-spécialité, on n'est pas affichés comme tels sur Doctolib et les autres plateformes. De plus, si vous cherchez avec le mot-clé « sommeil », vous pouvez tomber sur un pneumologue qui prend en charge des apnées du sommeil, mais pas des insomniaques. **C'est donc très compliqué pour les patients d'identifier le bon professionnel, parfois aussi pour les médecins généralistes.** Et dans certaines régions, il manque tout simplement de cliniciens formés à la médecine du sommeil. L'accès aux interventions non médicamenteuses est un autre enjeu. TCCI, sophrologie ou encore hypnose, les patients doivent payer de leur poche, ça coûte cher, alors que s'ils sont mis sous Xanax pour leur insomnie, ils seront couverts.

P^r Renaud Tamisier

Le premier obstacle, c'est le manque d'information et d'éducation de la population. Bien dormir, cela ne va pas toujours de soi et c'est comme bien manger, cela s'apprend dès le plus jeune âge. À défaut, les personnes ont tendance à dormir de façon inadaptée. **Au niveau des médecins généralistes, qui sont en première ligne, certains ont fait le pas, ils ont reçu une formation et ils ont bien intégré la dimension sommeil dans leur pratique ; d'autres ont encore besoin de formation.** À plus haut niveau, nous avons surtout besoin de politiques publiques basées sur des faits. Avec plusieurs partenaires, dont la SFRMS, nous proposons la création d'un observatoire national du sommeil afin d'évaluer rigoureusement l'ampleur des problèmes, qui est le préalable à la mise en place d'actions de santé adéquates. Nous avons aussi besoin de volonté politique et administrative, mais aussi de la part des médecins, pour déployer des réseaux de soins structurés et coordonnés afin de prendre en charge tous ces patients pour qu'ils obtiennent un traitement efficace le plus rapidement possible.

D^r Sophie
Desmedt-
Velastegui

Les nouvelles technologies peuvent avoir leur place dans la prise en charge des troubles du sommeil si et seulement si elles sont utilisées à bon escient.

Les montres connectées, par exemple, ne sont pas suffisamment précises. Elles ne peuvent pas remplacer un enregistrement du sommeil réalisé par un professionnel, mais elles fournissent de grands indicateurs qui donnent une idée générale.

Les applications qui favorisent le sommeil à l'aide de séances de relaxation ou de méditation peuvent également être bénéfiques pour lutter contre l'insomnie. Il peut cependant y avoir un revers à la médaille : ce genre d'outil peut générer de l'anxiété chez certaines personnes excessives. Donc les objets connectés et les applications, oui, mais à utiliser avec modération.

D^r Sandrine
Launois-
Rollinat

Il existe des applications très utiles pour tenir un journal de bord du sommeil.

Elles permettent de sensibiliser, de conscientiser les patients et fournissent des informations qui peuvent être pertinentes pour leur médecin. Il y a aussi des applications qui permettent de suivre une TCCI numérique. Leur efficacité ayant été prouvée, elles sont remboursées en Angleterre et en Allemagne, mais pas encore en France. On trouve également des montres connectées qui promettent de mesurer le sommeil, ses différents cycles. Elles ne sont pas soumises aux mêmes normes que des dispositifs médicaux. Elles ont leurs propres critères de validation et ne donnent généralement qu'une approximation du temps de sommeil.

Le danger avec ces outils, c'est qu'ils incitent les gens à se conformer à un sommeil idéal qui est assez irréaliste et n'est pas adapté à nos modes de vie.

Ils entraînent de l'orthosomnie, soit la recherche obsessionnelle d'une nuit parfaite. C'est une catastrophe, car les gens finissent par se focaliser sur leur montre et sur leur sommeil.

Les nouvelles technologies – applications, objets connectés, etc. – sont-elles une aide ou un risque additionnel pour la qualité du sommeil ?

P^r Renaud
Tamisier

Je répondrai : « Les deux ! » Plus sérieusement, lorsqu'ils sont bien utilisés, certains de ces outils permettent d'évaluer la qualité du sommeil et de déployer des stratégies pour en normaliser l'hygiène.

Des solutions numériques aident à pratiquer la méditation ou d'autres techniques qui, par une pratique régulière, améliorent la qualité du sommeil. Cela dit, si chacun doit se préoccuper de son sommeil et de la qualité de celui-ci, le risque est cependant de trop s'en préoccuper, ce qui peut facilement provoquer un trouble du sommeil. **Nous avons par ailleurs des patients qui estiment bien dormir, mais qui viennent consulter juste parce que leur montre leur indique qu'ils dorment mal.** Il faut remettre ces outils à leur place et ne pas leur donner trop d'importance. D'une part parce que leur qualité et leur fiabilité peuvent être variables. Et d'autre part parce qu'ils ne remplaceront pas pour l'instant le diagnostic et la prise en charge d'un médecin généraliste ou d'un praticien spécialiste du sommeil.

Les cas de cancers précoces du cerveau, du sein, du rein ou encore colorectal augmentent inexorablement depuis ces vingt dernières années en France. Un vrai signal d'alarme, tant les chiffres ne fléchissent pas et que les spécialistes peinent à comprendre le phénomène. Si la prudence reste de mise, ces tendances à la hausse appellent à renforcer la prévention, la recherche et les politiques de santé publique pour améliorer la prise en charge de ces jeunes patients.

Texte : Éric Allermoz
Photos : DR, Getty

CANCERS PRÉCOCES : LES SIGNAUX D'ALERTE SE MULTIPLIENT



C'

est une première en France, sur une si longue période. En mars, l'Institut national du cancer (INCa), Santé publique France, le réseau des registres de cancers Francim et les Hospices civils

de Lyon, avec le soutien financier de la Ligue contre le cancer, ont publié une étude inédite sur l'incidence et l'évolution entre 2000 et 2020 des cancers chez les 15-39 ans. Certes, les données portent uniquement sur 19 départements couverts par un registre général du cancer et ne peuvent être extrapolées à l'ensemble du territoire. Mais elles n'en demeurent pas moins riches d'enseignements. Qu'apprend-on à la lecture de cette étude? «*Six cancers montrent une augmentation continue de l'incidence : le lymphome de Hodgkin (+1,86 % par an en moyenne), le glioblastome (+6,11 %), le liposarcome (+3,68 %), et les carcinomes du rein (+4,51 %), du sein (+1,60 %) et colorectal (+1,43 %)*», répond le Dr Claire Morgand, directrice de l'observation des sciences des données et de l'évaluation à l'INCa.

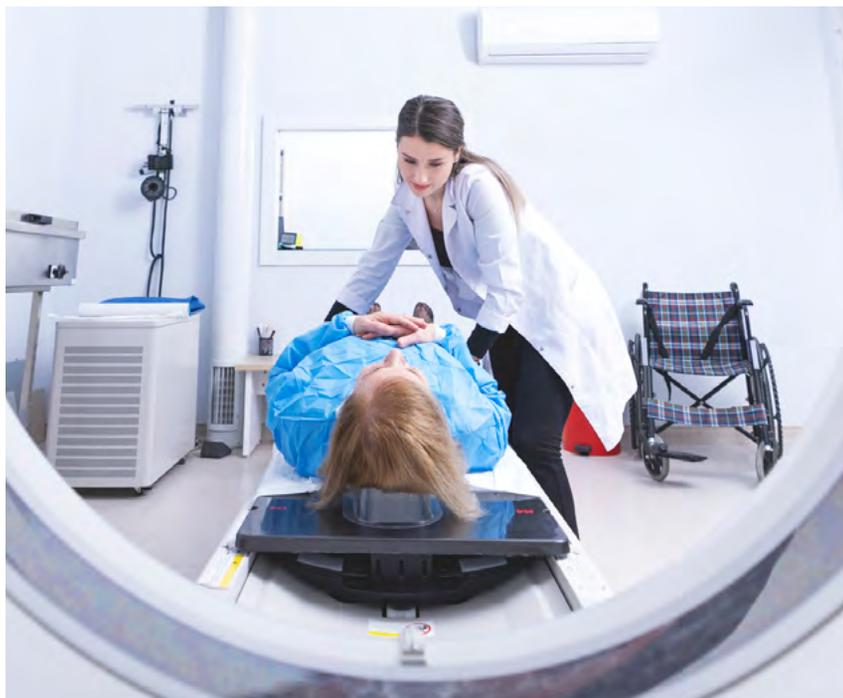
Inquiétude grandissante

Ce travail collégial alimente une inquiétude grandissante. D'ailleurs, certains médecins et chercheurs parlent sans ambages d'une «*épidémie émergente de cancers précoces*».

En 2023 déjà, une étude parue dans le *British Medical Journal Oncology* fait état d'une hausse mondiale de 79,1 % des cancers chez les moins de 50 ans entre 1990 et 2019 (cette hausse s'expliquant en partie par la croissance démographique). Selon *The Lancet Oncology*, le nombre de nouveaux cas et de décès chez les moins de 40 ans pourrait augmenter de 12 % d'ici à 2050. «*Il faut se préparer à un tsunami*», s'inquiétait en janvier dernier le Pr Fabrice Barlesi, oncologue et directeur général du prestigieux Institut Gustave-Roussy. Signe d'inquiétude supplémentaire, certains de ces cancers précoces se caractérisent par un faible taux de survie à cause d'un diagnostic tardif.

Un raz-de-marée, vraiment?

«*Il ne s'agit ni de minimiser ces résultats ni d'être dans le déni car il y a bien une hausse de certains cancers. Mais restons prudents : nous ne sommes pas face à une épidémie. Les cancers chez les jeunes restent rares* →



15 000

DÉBUT JANVIER, l'Institut Gustave-Roussy (IGR) a avancé le chiffre de 15 000 personnes âgées de 20 à 40 ans touchées par un cancer chaque année en France (source : OMS). En 2023, on estime à **433 000 le nombre de nouveaux cas de cancer**, toutes catégories d'âges confondues.

et les tumeurs malignes sont avant tout une pathologie des seniors, après 65 ans», tempère le D^r Claire Morgand. Et la spécialiste d'appeler à s'intéresser au nombre de cas plus qu'aux pourcentages. «*Pour le cancer du cerveau agressif, dont l'augmentation statistique est la plus marquée, on parle de 233 cas au cours des vingt dernières années sur les 19 départements analysés.*» Un autre chiffre de l'étude menée par l'INCa réfute l'idée d'un raz-de-marée : en regardant tous les types de cancers détectés chez les moins de 40 ans, on constate que leur incidence a bien augmenté entre 2000 et 2014, avant de baisser de 0,79 % par an entre 2015 et 2020.

Une tendance à la hausse malgré tout préoccupante

Pourtant, sur le terrain, le ressenti est différent. De nombreux jeunes patients témoignent, et les oncologues disent en soigner de plus en plus dans leurs hôpitaux. «*En tant que médecin généraliste, je suis témoin de cette évolution de l'épidémiologie des cancers du sein. On voit bien que la dynamique est extrêmement importante et s'installe dans nos cabinets médicaux,*

dans la réalité quotidienne de nos territoires», s'inquiète le D^r Hélène Harmand Icher, médecin généraliste, conseillère nationale au Cnom. Les chiffres confirment ses propos : chez les moins de 50 ans, le nombre de nouveaux cas de cancer du sein est passé de 7 642 en 1990 à 11 754 en 2023 (le cancer du sein progresse dans toutes les tranches d'âge). «*Chez les femmes, les can-*

cers du sein sont souvent les plus agressifs», poursuit la médecin installée à Béziers. Si la préoccupation ne porte pas (encore) sur le nombre de cas, la tendance à la hausse de certains cancers précoces doit inquiéter médecins, scientifiques et pouvoirs publics. D'autant qu'on ne peut pas encore prédire quand elle stagnera... •



témoignage

D^r CLAIRE MORGAND, directrice de l'observation des sciences des données et de l'évaluation à l'Institut national du cancer (INCa)

« Ces résultats vont permettre d'orienter les futures recherches »

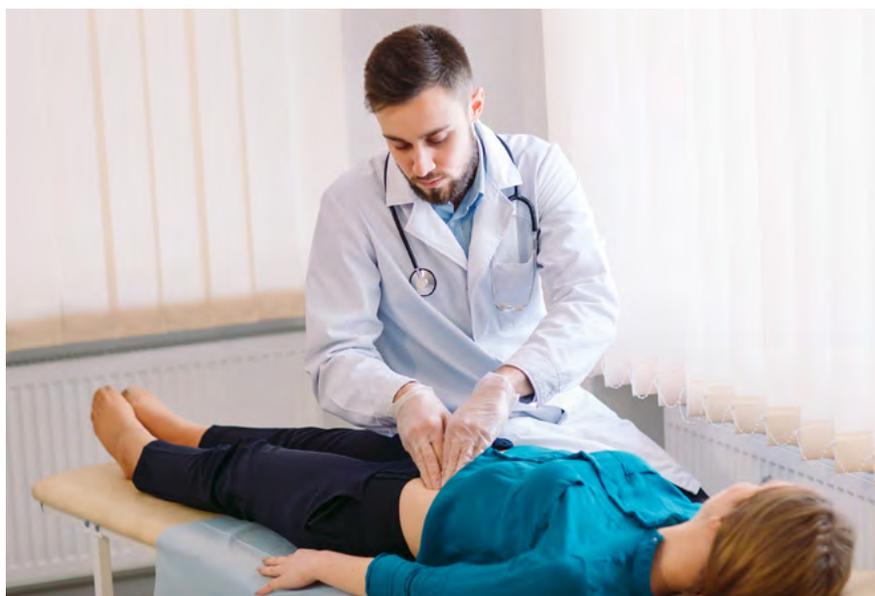
« Il n'y a pas, ni dans l'Hexagone ni à l'échelle de la planète, d'épidémie de cancers précoces. Les résultats de l'étude menée avec Santé publique France qui, pour la plupart, confortent d'autres données, vont permettre d'orienter les futures recherches, notamment pour mieux cerner d'éventuels facteurs de risque. Cela permettra de mieux orienter les stratégies de prévention. Il est également important de renforcer les registres existants pour en tirer des indicateurs plus représentatifs. »

DES CAUSES MULTIFACTORIELLES... ENCORE INCONNUES

Le constat est sans appel. À l'Institut Gustave-Roussy (IGR) de Villejuif, les patients trentenaires représentent entre un tiers et la moitié des patients hospitalisés. «*Nous ne comprenons pas vraiment les raisons. Ce sont parfois des hommes et femmes qui ne boivent pas, ne fument pas, ont une alimentation et un mode de vie sains*», souligne le Dr Alice Boilève, oncologue médicale spécialisée dans les cancers digestifs. Comme toujours dans les cancers, les causes sont multiples et intriquées. Les facteurs de risques attendus jouent certainement un (mauvais) rôle : alcool, tabac, obésité, génétique. Mais force est de constater qu'un vide scientifique entoure ces cas de cancers précoces qui grimpent. Pour y voir plus clair, Alice Boilève coordonne un programme baptisé YODA* qui s'adresse aux personnes diagnostiquées d'un cancer colorectal à moins de 50 ans. «*Les jeunes patients, qui ont parfois nos âges, nous demandent : "Pourquoi moi ?" Ils sont souvent sous le choc après l'annonce de leur cancer qui est souvent métastatique et de moins bon pronostic. On veut pouvoir leur apporter une réponse*», poursuit la médecin.

Évaluer les effets de notre environnement

Plus de 300 patientes et patients de moins de 50 ans, diagnostiqués d'un cancer digestif, ont été recrutés. «*On va faire un grand nombre de prélèvements pour cumuler des données et comparer les cancers des jeunes et ceux des seniors*», détaille le Dr Boilève. L'objectif ? Évaluer les possibles effets de certains polluants comme les pesticides ou les plastiques, de l'alimentation ultra-transformée



sur le microbiote intestinal et du mode de vie dans la survenue de cancers digestifs d'apparition précoce. «*Nous espérons avoir leurs premiers résultats d'analyses d'ici à trois ans. Ce programme vise aussi*

à identifier les populations les plus à risques, afin de leur proposer un dépistage précoce spécialisé», conclut le Dr Boilève. •

* Young Onset Digestive Adenocarcinoma



témoignage

DR ALICE BOILÈVE,
oncologue médicale spécialisée dans les cancers digestifs à l'Institut Gustave-Roussy, référence du programme YODA.

« Le cancer digestif chez un jeune n'est plus un mythe »

«*Jeune ou pas, certains cancers explosent bien en France, sans que l'on sache vraiment pourquoi. Pour celui du pancréas, par exemple, on peut parler d'épidémie, c'est incontestable, dans toutes les classes d'âge. Le cancer digestif chez un jeune n'est plus un mythe, il faut savoir que ça existe, ne pas ignorer les symptômes comme la perte de poids inexpliquée, l'anémie persistante ou les douleurs récidivantes. Les médecins traitants sont dans une situation délicate puisque le cancer reste rare à cet âge. Ils doivent faire la part des choses, choisir quand s'inquiéter. Il est essentiel de les sensibiliser pour garantir un diagnostic plus rapide et un meilleur pronostic.*»

APRÈS LA SIDÉRATION, UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE

Ce matin-là, une trentenaire sort, l'air inquiet, du bureau du Pr William Jacot, à l'Institut du Cancer de Montpellier (ICM). Le diagnostic vient de tomber, sans appel. «*Les thérapies anticancéreuses peuvent entraîner une stérilité, privant des jeunes adultes de la parentalité que tant d'entre eux souhaitent*», décrypte l'oncologue, spécialisé dans la lutte contre le cancer du sein. Préserver la fertilité est l'une des nombreuses problématiques qui touchent les patients jeunes. L'annonce du diagnostic est aussi un moment plus difficile à vivre dans le parcours de soins. «*Il y a de la sidération, de la colère et beaucoup de questions. Nous y consacrons des consultations plus longues*», précise le Pr Jacot.

Une bonne dose d'empathie

Une étude de la Ligue contre le cancer pointe «*le manque d'écoute de la part des soignants*», qui focalisent leur information sur les aspects médicaux du cancer, au détriment des autres composantes de la vie. Pour inverser la tendance, la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes propose depuis la rentrée 2023 une unité d'enseignement «*Savoir-être et communication thérapeutique*». «*L'empathie des futurs soignants décline à mesure qu'ils avancent dans leur formation, confirme le Pr William Jacot. À leur décharge, le diplôme exige une somme de compétences techniques et de connaissances énorme.*» À Montpellier, entre la deuxième et la quatrième année, les étu-



témoignage

DR^e HÉLÈNE HARMAND ICHER,
médecin généraliste, présidente
co-fondatrice de l'institut du sein
BELISE à Béziers, conseillère
nationale au Cnom

« Le retard diagnostic est fréquent dans la tranche d'âge 20/50 ans »

«*Les jeunes générations sont surexposées à des facteurs de risque dès l'enfance : alimentation transformée, sédentarité, usage précoce du tabac, perturbateurs endocriniens, exposition numérique massive... mais elles se sentent souvent invulnérables. Les messages de prévention, trop généraux ou mal canalisés, n'atteignent pas leur cible. Résultat, le retard diagnostique est fréquent dans la tranche d'âge 20/50 ans. Le défi des cancers précoces impose des stratégies de santé publique intégrant un axe « jeunes et cancers ».* Médecins, enseignants, institutions, élus : nous devons nous réunir autour d'un objectif commun.»

dients bénéficient de groupes d'échange de pratiques et de vécus émotionnels, ou encore d'ateliers de théâtre d'annonce de la pathologie. « Cet enseignement propose de renforcer l'empathie, la bienveillance. Il donne des outils pour mieux gérer la relation soignant-soigné. Être face à des patients qui ont parfois le même âge que leur médecin, cela peut être d'autant plus déstabilisant », souligne le praticien.

Parcours de soins « à la carte »

Traiter de jeunes patients implique des considérations qui existent moins chez les sujets plus âgés : future grossesse, séquelles fonctionnelles, rapport au corps après une chirurgie, annonce de la maladie aux enfants, gestion du travail, etc. Les traitements, eux,

sont parfois plus intenses. « Nous organisons un parcours de soin, non pas "fléché", mais plutôt "à la carte". Il y a des consultations en oncogénétique qu'il faut faire parfois en urgence. Ou en onco-fertilité, une discipline qui vise à préserver la fertilité des patients. Il y a aussi de l'imagerie adaptée, des consultations avec un psychologue, un sexologue, des assistantes sociales, etc. », poursuit le Pr Jacot.

À l'Institut du cancer de Montpellier, comme dans les centres anticancers, cette prise en charge pluridisciplinaire est réunie sur un même plateau technique. Mais dans les plus petites villes, soigner son cancer peut vite ressembler à un parcours du combattant. À Béziers, le Dr Harmand

lcher a créé « BELISE, Institut du sein Ouest-Languedoc » en 2019 pour répondre à une urgence : « Organiser et fédérer, sur le territoire biterrois, une offre de soins pluriprofessionnels impliquant des établissements et structures privés et publics, autour du besoin de la patiente. Il s'agit d'un accompagnement individualisé, gratuit et de bout en bout de la patiente ainsi maintenue au cœur de son bassin de vie. Ce qui lui permet d'améliorer son quotidien et celui de ses proches, pendant et après les traitements. » L'association agit aussi sur la prévention et le dépistage précoce du cancer du sein.

Un accompagnement sur la durée

L'après-cancer est aussi une étape importante pour les jeunes patients. Des recherches montrent clairement qu'un diagnostic de cancer chez le jeune adulte a des répercussions négatives, pendant des décennies, sur sa santé physique et mentale. L'INCa a mis en place des « Journées de transition » spécialement conçues pour les cancers du sein, du poumon, de la prostate. Objectif ? Accompagner les patients en rémission et leur offrir des outils adaptés pour faire face aux défis de l'après-traitement. Il s'agit d'ateliers pratiques et d'informations sur l'hormonothérapie, la nutrition, l'activité physique, les aspects psychologiques ou la sexualité après cancer, la prévention des rechutes et le retour à une vie professionnelle et sociale active. « La fin du traitement ne doit pas signifier la fin de l'accompagnement », résume le Pr William Jacot. •



témoignage

PR WILLIAM JACOT,
oncologue à l'Institut
du cancer de Montpellier

« Des patients jeunes souvent peu préparés à affronter la réalité du cancer »

« Sur le terrain, nous avons la sensation que nous sommes face à de plus en plus de femmes jeunes, atteintes d'un cancer du sein. La récente étude de l'INCa et de Santé publique France est venue confirmer cette impression. Au regard de leur âge, ces patients sont souvent peu préparés à affronter la réalité du cancer, tant sur le plan médical que psychologique. Certains ont subi plusieurs années d'errance médicale avant d'obtenir un diagnostic. Des années de retard qui peuvent aggraver le stade du cancer. »

FACE AUX CANCERS PRÉCOCES, COMMENT ORGANISER LA RIPOSTE ?

Prévention, dépistage précoce, réglementation sur les produits transformés ou les polluants, accélération de la recherche pour mieux comprendre les facteurs de risque, etc. Les pistes pour endiguer le phénomène sont multiples. «*La progression des cancers chez les jeunes n'est pas une fatalité. Elle est le reflet d'un modèle de société à repenser*», estime le Dr Hélène Harmand Icher. Et de préciser : «*La prévention est un impératif de santé publique. Prévenir, ce n'est pas faire peur, culpabiliser ou moraliser. C'est outiller, impliquer, inspirer.*»

Pour les plus jeunes, il est possible de mobiliser les réseaux sociaux avec des campagnes ciblées, comme la création de miniséries sur Tik Tok ou sur Instagram. Une autre idée : organiser des débats d'information sur le cancer dans les lycées, les entreprises, auprès des publics vulnérables, etc. «*Il est nécessaire de développer l'information sur la prévention, l'éducation aux symptômes et permettre aux jeunes adultes de réagir dès les premiers symptômes*», résume la Pr Catherine Uzan, gynécologue et cheffe du service Chirurgie et cancérologie gynécologique et mammaire à La Pitié-Salpêtrière (AP-HP).

Vers un dépistage personnalisé ?

Une question divise les experts. Celle de l'âge du dépistage. Aux États-Unis, le dépistage des cancers du sein débute à 40 ans. En France, le gouvernement a récemment saisi la Haute Autorité de santé pour abais-

ser l'âge du dépistage du cancer du sein à 45 ans, comme le recommande la Commission européenne. «*Ce serait logique d'aller dans ce sens au regard des incidences dans cette tranche d'âge, tout en s'aidant des progrès de l'intelligence artificielle pour limiter les surdiagnostics et optimiser le taux de détection*», tranche Catherine Uzan qui constate elle aussi un essor des jeunes patientes dans son service depuis plusieurs années. D'autres estiment au contraire que cette mesure pourrait être contre-productive. En effet, la

grande majorité des cancers survient après 50 ans. Ils préconisent donc de mettre les moyens financiers au-dessus de cette tranche d'âge pour atteindre une couverture optimale (moins d'une femme sur deux de plus de 50 ans participe au dépistage des cancers du sein, et environ un tiers des femmes et des hommes concernés pour le cancer colorectal). Et de ne pas raisonner en termes d'âge, mais de renforcer le dépistage personnalisé, en fonction des antécédents médicaux, signes précoces, modes de vie...



témoignage

Pr CATHERINE UZAN,
gynécologue et cheffe du service
Chirurgie et cancérologie
gynécologique et mammaire
à La Pitié-Salpêtrière (AP-HP)

« Le médecin traitant joue un rôle pivot dans l'accompagnement »

«Près de 40 % des cancers sont évitables avec des facteurs de risques bien identifiés. Le médecin généraliste joue un rôle essentiel en matière de prévention et de dépistage. Il doit poser la question de la vaccination contre les HPV, par exemple, inciter aux dépistages organisés comme celui du cancer colorectal, être attentif aux symptômes, convaincre, profiter du lien de confiance qui le lie à ses patients. Il joue aussi un rôle pivot dans l'accompagnement des jeunes patients, dans la prise en charge des maux du quotidien liés au cancer. Si elle permet d'améliorer le pronostic, la recherche doit aussi permettre de réduire les effets secondaires des traitements pour moins impacter la vie d'après-cancer. On doit pouvoir accompagner des projets de vie et non pas de survie, et cela ne peut se faire sans le médecin traitant.»

CAHIER **Mon** exercice

26-27 JURIDIQUE

Rapport sur la médecine pénitentiaire

28 QUESTIONS/RÉPONSES

Y a-t-il un médecin dans l'avion ?

29 ÉLECTIONS

Résultat des élections dans les Conseils régionaux de l'Ordre

CERTIFICAT MÉDICAL EN CAS DE VIOLENCES SUR PERSONNE MAJEURE

Le médecin peut être amené à établir un certificat médical concernant une personne majeure victime de violences. Certains points de vigilance sont à connaître. Le certificat est soumis aux règles rédactionnelles de prudence concernant le recueil des faits ou commémoratif et les doléances exprimées par la personne. Le médecin ne se prononce ni sur la réalité des faits, ni sur la responsabilité d'un tiers. Il exprime à l'indicatif les constatations qu'il a faites et ne porte aucun jugement ni interprétation. Les mots exprimés par la personne doivent être cités entre guillemets.

La détermination de l'incapacité totale de travail (ITT) est facultative. S'il est impossible pour le médecin de déterminer la durée de l'ITT, il y a lieu de se limiter à la rédaction du certificat médical descriptif.

Le médecin remet l'original du certificat directement à la personne concernée et en aucun cas à un tiers. Il en conserve un double dans le dossier du patient.

Une notice explicative complète d'aide à la rédaction de ce type de certificat est disponible et consultable sur le site du Cnom.

PARU AU JO

DÉCRETS N° 2025-467 ET N°2025-468 du 28 mai 2025 portant diverses dispositions relatives aux praticiens à diplôme hors Union européenne

CIRCULAIRE N° 6481-SG relative à l'action interministérielle pour améliorer l'accès aux droits des personnes en situation de handicap

DÉCRET N° 2025-370 du 22 avril 2025 relatif à l'établissement des certificats de décès

ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE MÉDICALE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Dans ce nouveau rapport, l'Ordre des médecins publie des préconisations relatives aux aspects éthiques et déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire.



DR PATRICIA ESCOBEDO,
vice-présidente de la section
Éthique et déontologie
du Cnom

Depuis la loi du 18 janvier 1994, le soin est entré en prison avec un objectif d'équité. Les détenus doivent être pris en charge comme tout patient, sans discrimination, et bénéficier des mêmes mesures de prévention et de prestation de santé. Cependant, la pratique de la médecine en milieu pénitentiaire rencontre de graves difficultés liées aux conditions d'exercice : surpopulation, contraintes sécuritaires, sous-effectifs des personnels soignants. C'est dans ce paysage contraint que le médecin doit s'efforcer de mettre en œuvre les principes généraux d'éthique et de déontologie.

L'objectif principal de ce rapport est de guider le médecin dans le cadre de son exercice en milieu pénitentiaire en lui donnant des « clés pratiques » pour exercer son art dans le respect de la déontologie. Après une présentation des fondements textuels, des spécificités liées au milieu carcéral et une identification des problématiques de terrain, des « préconisations » lui sont proposées. Les voici ci-dessous.

PRÉCONISATIONS

LE SECRET PROFESSIONNEL

- Le médecin doit **veiller** à la « confidentialité médicale » lors des consultations et examens médicaux. Rien ne peut le contraindre à accepter la présence d'un surveillant lors d'une consultation. Cependant, il doit prendre en compte les mesures de sécurité adéquates (personnalité du détenu, dangers de fuite ou d'agression contre lui-même ou des tiers).
- Le médecin doit **échanger** avec les autres profes-

sionnels (autres professionnels de santé, des sec-teurs sociaux et médico-sociaux et du Service pénitentiaire d'insertion et de probation – SPIP) intervenant auprès des patients détenus, les informations strictement nécessaires, dans le cadre de la prise en charge de chaque patient détenu après avoir obtenu son accord.

- Le médecin peut **échanger ou partager** avec le SPIP les seules informations strictement nécessaires à la prise en charge du patient détenu, à condition de l'avoir informé de son droit d'exercer son opposition à tout moment.
- Le médecin doit **apprendre** à connaître les périmètres d'intervention des autres intervenants et leur faire connaître ses obligations et devoirs.
- Le médecin, lors des réunions pluridisciplinaires uniques, dont les commissions pluridisciplinaires uniques (CPU), **ne peut pas communiquer** des informations concernant l'état de santé ou le suivi médical des patients détenus qu'il prend en charge.
- Le médecin **est tenu de signaler** à l'administration pénitentiaire, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection, dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein de l'établissement pénitentiaire.
- Le médecin doit, avec l'accord du patient détenu, **signaler au procureur de la République** s'il a constaté l'existence de sévices ou de mauvais traitements. Cet accord n'est pas nécessaire s'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.

L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT

- Le médecin doit **s'assurer du consentement** du détenu avant toute consultation ou téléconsultation.
- Le médecin doit une **information** loyale claire et appropriée au patient détenu dans le cadre de la prise en charge médicale.
- Le médecin doit **obtenir le consentement** du patient détenu préalablement à chaque préconisation médicale.

- Le médecin doit **informer le patient détenu** des conséquences judiciaires de son refus ou de l'absence de suivi régulier en cas de prononcé « d'injonction thérapeutique » ou « d'obligation de soins ».
- Le médecin doit **informer le patient détenu** avant sa sortie des démarches nécessaires afin d'obtenir son dossier médical complet.

LA CONTINUITÉ DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE ET À LA SORTIE

- Le médecin doit, quand cela est possible, **remettre à chaque patient détenu** son dossier médical, les ordonnances nécessaires et les lettres de liaison au moment de la sortie ou de son transfert vers un autre établissement.
- Le médecin doit **transmettre ces éléments médicaux** au médecin désigné par le patient détenu à sa demande.
- Le médecin peut, pour pallier le fait qu'il n'a pas toujours l'information du moment de la sortie, **informer en amont** le patient détenu qu'il pourra contacter le numéro indiqué sur les ordonnances afin de recevoir le dossier médical et anticiper avec lui la continuité des soins à l'extérieur.

LE DOSSIER MÉDICAL

- Le médecin doit **assurer**, dans les meilleures conditions de sécurisation, la tenue du **dossier médical** qui est encore parfois non informatisé.
- Le médecin doit **tenir à jour** le dossier médical de chaque patient détenu pris en charge et en assurer la sécurisation, la conservation des dossiers médicaux étant sous la responsabilité du centre hospitalier de référence.
- Le médecin doit **informer** le patient détenu du **nombre de dossiers médicaux** (somatiques, psychiatriques...) constitués pendant son incarcération et lui faire savoir comment les obtenir.
- Le médecin doit remettre le **dossier médical** à son **avocat** à la demande du patient détenu. Il doit remettre le dossier à un tiers s'il présente un **mandat signé** par le détenu.
- Le médecin peut renseigner « **Mon espace santé** » avec l'accord du patient détenu ou à sa demande.



- Le médecin doit **s'assurer** du respect des modalités de **confidentialité**, lorsqu'il remet au patient détenu les éléments médicaux le concernant, lors de son **transfert** vers un autre établissement pénitentiaire, un établissement hospitalier ou un lieu de consultation externe.

LES CERTIFICATS MÉDICAUX

- Le médecin doit **rédigier** des certificats conformes aux **constatations médicales** qu'il a pu faire.
- Le médecin doit **répondre** aux demandes de certificats dits **obligatoires** prévus par les textes législatifs et réglementaires.
- Le médecin peut être amené à **rédigier** d'autres certificats s'il estime qu'ils seront produits dans **l'intérêt** du patient détenu et à sa demande.
- Le médecin doit **remettre** tant à l'administration pénitentiaire qu'au **JAP** (juge d'application des peines) des attestations en mentionnant uniquement le **strict nécessaire**, sans mentionner d'éléments diagnostic.
- Le médecin **prenant en charge** un patient détenu ne peut **pas répondre** à une **réquisition** pour effectuer des examens ou répondre à une demande **s'apparentant à une expertise** le concernant.
- Le médecin peut, **s'il l'estime nécessaire**, remettre au directeur de l'établissement une « **fiche de préconisations** » pour la **vie en détention** de la personne qu'il prend en charge.
- Les médecins doivent s'organiser, dans la mesure du possible, pour que le médecin qui assure le **rôle de prévention** prévu par l'article L412-47 du code pénitentiaire ne soit pas celui qui assure la prise en charge médicale du patient détenu.

+ D'INFOS Le rapport complet

Y A-T-IL UN MÉDECIN À BORD ?

À bord d'un avion, des situations nécessitant une assistance médicale peuvent survenir. Le Dr Vincent Feuillie, médecin-conseil chez Air France, détaille ici le rôle des médecins passagers d'un vol, les moyens mis à disposition et les protocoles en place dans la compagnie.



DR VINCENT FEUILLIE,
médecin-conseil
chez Air France

Y A-T-IL UN RISQUE JURIDIQUE POUR LE MÉDECIN SI L'INTERVENTION SE PASSE MAL OU QUE LE PATIENT A DES COMPLICATIONS ?

Non, aucun. Toute intervention faite à la demande de l'équipage est couverte par l'assurance de la compagnie, en plus de l'assurance responsabilité que possède chaque médecin. Je fais partie du Medical Advisory Group de l'Association internationale du transport aérien (IATA). C'est un groupe consultatif composé de médecins experts en médecine aéronautique et en santé publique qui fournit à l'IATA des recommandations scientifiques et médicales sur les questions de santé liées au transport aérien. À ce jour, aucun médecin n'a été condamné pour une intervention en vol dans le cadre de sa pratique.

LE PROGRAMME COMMUNITY OF DOCTORS ON BOARD LANCÉ IL Y A TROIS ANS VOUS PERMET DE CRÉER UNE COMMUNAUTÉ MÉDICALE EN AMONT DES VOLS. POUVEZ-VOUS NOUS EN DIRE D'AVANTAGE ?

Dans le cadre de cette initiative du Groupe Air France-KLM, les médecins volontaires remplissent un formulaire en ligne où ils indiquent leur spécialité, les langues parlées, et joignent une copie de leurs diplômes. Ils ont accès à une documentation sur les procédures à bord et les équipements médicaux disponibles. En cas d'intervention pendant le vol, tous les médecins – qu'ils soient inscrits ou non dans ce programme – reçoivent des miles Flying Blue en compensation de la perturbation causée. Aujourd'hui, ce programme regroupe près de 5 000 médecins, dont environ 3500 en France.

AVEZ-VOUS UN DERNIER CONSEIL POUR LES MÉDECINS QUI NOUS LISENT ?

Il faut qu'ils sachent qu'en cas d'intervention, ils ne sont pas seuls. L'équipage est formé, le SAMU est accessible en temps réel. Par ailleurs, si un patient les consulte avant un vol, il est important de vérifier que sa pathologie est bien stabilisée. Mieux vaut différer un voyage que de risquer une urgence à 10 000 mètres d'altitude.

QUE SE PASSE-T-IL LORSQU'UN PASSAGER NÉCESSITE UNE ASSISTANCE MÉDICALE ?

Il existe différents régimes obligatoires selon le mode d'exercice. Il faut tout d'abord savoir que le personnel navigant est formé aux gestes de premiers secours.

Si la situation dépasse leur niveau de compétences, ils peuvent être amenés à demander l'avis d'un médecin présent à bord. En parallèle, le commandant de bord contacte le Centre de contrôle des opérations, ouvert 24 h/24 et 7j/7 à Roissy. Le Centre le met en relation avec un médecin régulateur du SAMU de Paris, partenaire de toutes les compagnies aériennes françaises, dont Air France, depuis plus de 50 ans. En amont de l'appel, un questionnaire précis permet à l'équipage de transmettre rapidement les paramètres du patient (tension, pouls, saturation, température...), pour faciliter l'évaluation à distance.

QUEL EST LE MATÉRIEL MÉDICAL DISPONIBLE À BORD ?

La réglementation européenne impose la présence de plusieurs trousse : une de premiers soins et de médicaments sans ordonnance, une autre avec médicaments soumis à prescription (utilisable par un médecin ou sur accord du SAMU) et un défibrillateur automatique, du matériel de diagnostic avec un tensiomètre électronique, un saturomètre, lecteur de glycémie, thermomètre, lampe pupillaire et un stéthoscope.

LES MÉDECINS PASSAGERS ONT-ILS L'OBLIGATION DE SE FAIRE CONNAÎTRE ?

Non, il n'y a pas d'obligation. Seulement, selon la déontologie médicale*, un médecin a le devoir d'apporter son aide s'il en est capable, mais il ne sera évidemment jamais contraint à intervenir.

*Article 9 (article R. 4127-9 du Code de la santé publique) :

« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »

RÉSULTATS DES ÉLECTIONS DANS LES CONSEILS RÉGIONAUX ET INTERRÉGIONAUX DE L'ORDRE DES MÉDECINS

ÉLECTIONS DU 13/03/2025

Antilles-Guyane

Castor Marie-Josiane
Kaba Allassane
Lagin Marie-Aline
Louvel Dominique
Pierre Demar Magalie
Virassamy René

Auvergne-Rhône-Alpes

Arnould Hervé
Bersou-Marschall
Geneviève
Bouquet Sylvain
Dauphin Raphaël
Deleage Catherine
Fleury Brigitte
Gindre-Barrucand Thérèse
Heudron François
Jay Sylvie
Kerhouant Marie
Perrin Sophie
Rimeize-Chainet Hélène
Tivolle Denis
Vasselon Quentin
Venet Cyrille
Vermorel Bernard

Bourgogne-Franche-Comté

Balon Anne-Sophie
Beroud-Brioul Céline
Bourdon Pascal
Dreyfus-Schmidt Gilles
Giroud-Baleydir Françoise
Honnart Didier
Moser Aurélie
Rachidi-Berjamy Fatima
Robert Gilles
Taupenot David
Boisselier Christophe (2028)
Vuillemin Philippe (2028)

Bretagne

Badoul André
Caubet Alain
Henry Anne
Inizan Pascal
Larvor Anne-Yvonne
Le Magadoux Françoise

Centre - Val de Loire

Clasquin Maryse
De Tauriac Yves
Gervaise Nathalie
Megy-Michoux Isabelle
Pierre Paul Philome
Rufin Thomas

Corse

Casanova Don Louis
Fratlicelli Andrei Martine
Martelli Luciani Jeanne
Dominique
Mozziconacci Michel
Nicolai Pierre
Orsoni Vanina

Grand Est

Birry Guy
Charles Brigitte
Dalo Christiane
Kohler Mireille
Labrousse Marc
Laurain Jean-Louis
Lefebvre Francis
Liu Stéphanie
Matyjasik Muriel
Post Caroline
Spindler Didier
Topor Patrick
Van Rechem Michel
Villena Isabelle
Visat-Dupuis Rachel
Werner Bruno
Kormann Patrick (2028)
Pister Caroline (2028)

Hauts-de-France

Bataille Philippe
Betermiez Pierre
Dewevre Guillaume
Dodeigne Françoise
Douchement Dorothee
Florent-Bruandet Caroline
Lecuyer Emmanuelle
Lecuyer Damien
Montpellier Dominique
Notteau Isabelle
Pruvo Jean-Pierre
Sotteau Béatrice
Vogel Marc
Woch Sophie
Vandermersch Jean (2028)

Île-de-France

Bertrandon Laurence
Brami Jonathan
Chiche Léa
De Lacroix Szmania Isabelle
Duranton Sandrine
Fajardy-Girard
Catherine
Gascon Alexandre
Gaucher Sonia
Gibert Eric

Jami Hervé
Jousse Lucie
Lavau Laurent
Rigaut Xavier
Sebbag Pierre
Spasova Antoinette
Zerbib David

Normandie

Briand Frederik
Dusanter Alexis
Guignery-Kadri Karine
Mazel Jocelyne
Michel Thierry
Thomas-Poree Mathilde

Nouvelle-Aquitaine

Arnaud Robert
Burgun-Benoit Corinne
Chotard Laurent
David-Veziat Bernadette
Delabroye Stéphane
Domblides Philippe
Dubroca Jean-François
Durandet Philippe
Fazilleaud Béatrice
Fontanges-Darriet
Marianne
Harmant Sylvie
Hunaut Nicolas
Lalanne-Azidrou Eloïse
Mirepoix Monique
Ouali Larvi
Sebis Julien

Occitanie

Amiel Valérie
Boulesteix Jean-Marc
Delmas Isabelle
Fabre Eric
Foulon Christine
Grill Stéphane
Guintoli-Centuri Catherine
Meynie Marie-Hélène
Moulin Etienne
Nouvel-Charmasson
Bernadette
Pierron Olivier
Rocher Jean-Pierre
Rouviere Pierre
Strateman Anne
Thevenot Jean
Trividic-Rumeau Marie

Pays de la Loire

Allain-Veyrac
Gwenaëlle

Bariatinsky Natacha
Cambou Michael
Carlier Luc
Clouet Jean-Louis
Dambrene Sophie

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Beltrando Jauffray
Berthet Henri
Boda Mireille
Brunet Jean-Yves
Caselles Didier
Castany Claudine
Chrestian Alain
Di Stefano-De
Montillet Elsa
Gueroult Isabelle
Mellet Bruno
Morosoff Pietri Brigitte
Pallier Laurence
Plat Jean-Marc
Rossant-Lumbroso
Jacqueline
Tordjman Valérie
Zanini Didier

La Réunion-Mayotte

Élection du 18/04/2025

Caniggia Jean-Luc
Chomon Frédéric
Guery Sophie
Heye Olivier
Riquel Line
Safy-Manche Lina

Conseil départemental du Puy-de-Dôme : Élection du 16/03/2025

Titulaires :

Abriat Frédéric
Andrieux-Vuillermoz Lisiane
Authier Nicolas
Bernard Pierre
Bouchet Paméla
Boudot Thomas
Breuil Sandrine
Quinty Mathilde
Redon Sandrine
Vialleix Thomas

Suppléants :

Clement Gilles
Glotot-Bailly Nathalie
Pic Daniel
Vincent-Mansoor Odile



DR

« Il faut que la voix des femmes soit entendue »

Dr Carole Mathelin,

présidente de l'Académie de chirurgie, professeure de gynécologie-obstétrique à la faculté de médecine et au CHU de Strasbourg et cheffe du service de chirurgie de l'Institut de cancérologie de Strasbourg

« **M**algré la féminisation de la médecine, les femmes sont absentes des instances de décision. Nous avons encore très peu de cheffes de service, de doyennes, et encore moins d'académiciennes. À l'Académie nationale de chirurgie, parfois, les décisions étaient prises uniquement entre hommes. Je suis donc extrêmement contente d'être la première femme chirurgienne élue à la présidence de cette institution vieille de 300 ans car il faut que la voix des femmes soit entendue. Ma première proposition à ce poste a été de créer une formation spécifique transversale en sénologie. La France est le pays au monde où l'incidence du cancer du sein pour 100 000 habitants est la plus élevée. Avec 12 000 décès chaque année, cette maladie est la première cause de mortalité chez les femmes et pourtant, la chirurgie mammaire ne figure pas parmi les spécialités chirurgicales reconnues. Actuellement, un chirurgien digestif peut opérer une patiente sans formation spécifique. Aucun homme n'accepterait cela pour la prostate. Les femmes ont droit à la même rigueur. Aujourd'hui, en tant que chercheuse au sein de l'équipe Biologie moléculaire et cellulaire des cancers du sein, je suis engagée sur les liens entre environnement et santé : perturbateurs endocriniens, polluants, cancérigènes. Il

faut les identifier, mesurer leur impact. J'ai consacré une grande partie de ma carrière au cancer du sein. Dès 1989, nous avons lancé un programme pilote de dépistage organisé à Strasbourg, quinze ans avant le reste de la France. On a vu les effets concrets, avec une amélioration de 20 % des chances de survie grâce au dépistage. J'ai choisi la gynéco-obstétrique car cette spécialité donne accès à tout ce qui entoure la naissance et la mort. On suit les femmes enceintes, on voit grandir la vie en elles, on assiste à la naissance, puis il y a la ménopause, et les cancers. Ce qui me porte au quotidien à l'hôpital, ce sont mes patientes, toutes si courageuses. Elles continuent à faire tourner leur foyer, à travailler, à s'occuper des autres, tout en gérant la maladie. J'aime aussi enseigner. Récemment, une délégation ukrainienne est venue se former à la sénologie à Strasbourg. Elle est repartie avec un bagage solide. La médecine n'a pas de frontières. Former, transmettre, aller sur place quand on le peut, c'est aussi ça, notre rôle. Il y a un bon nombre d'académiciens qui font cette médecine humanitaire. L'Académie est aussi là pour accompagner les progrès dans le domaine de la chirurgie : chirurgie robotisée, intelligence artificielle, etc. Je souhaite qu'on le fasse tout en restant éthique. »

PARCOURS

1990	2007	2018	2021	2025
Thèse de doctorat en médecine, Université de Strasbourg.	PU-PH en gynécologie-obstétrique à la Faculté de médecine et aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg.	Présidente de la Société internationale de sénologie.	Chevalier de la Légion d'honneur.	Présidente de l'Académie nationale de chirurgie.